

【伊方町】様式第1号（第6条関係）

一般不妊治療費助成事業申請書

伊方町長 様

年 月 日

〒

申請者 住所
氏名
電話 () ⑩

関係書類を添えて、次のとおり、一般不妊治療費の助成を申請します。

対象者	夫	(ふりがな) 氏名	()		
		生年月日	年	月	日生 ()歳
	妻	(ふりがな) 氏名	()		
		生年月日	年	月	日生 ()歳
住 所 (同一世帯の場合)					
住 所 (個別世帯等の場合)					
助成申請額		円	※初回5万円、2回目以降3万円を上限とする		
今年度申請回数	回目	通算回数	回目		
過去に地方自治体から受けた 一般不妊治療の助成について		有・無	自治体名	回	
受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		
受給者番号					

(注) 太枠の中をご記入ください。

(添付書類)

1. 一般不妊治療費受診事業受診等証明書
2. 法律婚にあつては、法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類。事実婚にあつては、事実婚関係を証明する書類。
3. 医療機関の発行した一般不妊治療に係る領収書又は写し
4. 同意書(別紙)